

ACUERDO MUTUO RELACIONADO AL PROGRAMA DE Kin-GAP PARA PERSONAS QUE TIENEN 18 AÑOS

NOMBRE DEL CASO
FECHA DE NACIMIENTO
NUMERO DEL CASO

Solicito que el Departamento de Bienestar Público del Condado de _____ continúe mi pago del Programa de Pagos de Asistencia para Parientes que Son los Tutores Legales de un Menor (Kin-GAP) hasta que yo haya completado mi educación/entrenamiento antes de cumplir los 19 años.

Tomando en cuenta mi responsabilidad, estoy de acuerdo en:

- ayudarle al Departamento de Bienestar Público a determinar mi necesidad económica y mi elegibilidad mientras que estoy recibiendo un pago del Programa de Kin-GAP.
- informarle al Departamento acerca de mi progreso en el programa escolar/de entrenamiento.
- darle al Departamento un plazo de aviso razonable si voy a estar fuera del hogar de mi tutor legal por más que una ausencia temporal.

FIRMA DEL JOVEN EN EL PROGRAMA DE KIN-GAP	TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD DEL JOVEN
DIRECCION	DIRECCION
NUMERO DE TELEFONO DE LA CASA	NUMERO DE TELEFONO DE LA OFICINA
NUMERO DE TELEFONO ALTERNO	FECHA